ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

FAX

Vol . 22–7

Date de publication : 1er avril 1996

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
ÉTUDE PILOTE DÉMONTRANT L'EXISTENCE D'UNE GRAPPE DE CAS DE TUBERCULOSE À VANCOUVER AU MOYEN D'UNE ANALYSE DES RFLP	F-1	49–51
SURVEILLANCE NATIONALE DE L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE	F-3	52–54
LES PROTOCOLES PROTÈGENT CONTRE L'ACQUISITION DE L'INFECTION À VIH — MAIS ENCORE FAUT-IL LES APPLIQUER	F-4	54–56

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

24 MARS : JOURNÉE MONDIALE DE LA TUBERCULOSE

C'est le 24 mars 1880 que le Dr Robert Koch présentait le premier mémoire sur ***Mycobacterium tuberculosis****. Comme la tuberculose prend de nouveau aujourd'hui des proportions d'urgence mondiale, l'Organisation mondiale de la santé a décidé de faire du 24 mars la Journée mondiale de la tuberculose. À cette occasion, le Canada publie plusieurs documents importants sur le sujet, dont notamment les «Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada» (dont on trouvera ici un exemplaire), publié par Santé Canada. De son côté, l'Association pulmonaire du Canada vient de publier une quatrième version des «Normes canadiennes pour le traitement de la tuberculose».*

ÉTUDE PILOTE DÉMONTRANT L'EXISTENCE D'UNE GRAPPE DE CAS DE TUBERCULOSE À VANCOUVER AU MOYEN D'UNE ANALYSE DES RFLP

On combine maintenant l'analyse des polymorphismes de longueur des fragments de restriction (RFLP) aux techniques épidémiologiques classiques pour mieux circonscrire l'épidémiologie de la tuberculose[1,2,3]. L'analyse de grappes donne à penser que de 30 % à 40 % des nouveaux cas de tuberculose dans les centres urbains aux États-Unis sont dus à une infection récente par le bacille tuberculeux[1,2]. Dans le cadre d'un projet pilote, nous avons examiné un échantillon d'isolats provenant d'une étude de cas de tuberculose diagnostiqués à Vancouver entre octobre 1992 et mars 1994. Cette étude rétrospective devait nous permettre de raffiner nos méthodes en prévision d'une étude prospective de plus grande envergure entreprise dans l'Ouest du Canada.

Méthodologie

Nous avons identifié tous les cas de tuberculose avec culture positive diagnostiqués dans la région de Vancouver entre octobre 1992 et mars 1994. Cent quatorze isolats étaient disponibles pour les 170 cas diagnostiqués durant cette période. Nous avons examiné ces isolats à l'aide des méthodes standard. Les cas qui présentaient des configurations de bandes identiques étaient classés comme formant une grappe. Nous avons recueilli les données démographiques courantes sur tous les patients à partir du registre provincial de la tuberculose, dont l'âge, le sexe, la race, l'origine ethnique et le pays d'origine. Des renseignements particuliers concernant la tuberculose ont également été recueillis, notamment la date du diagnostic, les facteurs de risque de tuberculose, les facteurs de risque d'infection à VIH et la séropositivité à l'égard du VIH, si elle était connue. Nous avons ensuite comparé les cas appartenant à des grappes avec les autres cas de tuberculose.

Résultats

Nous avons repéré cinq grappes comptant en tout 14 patients. Quatre grappes ne comprenaient que deux cas alors que la cinquième réunissait six patients. Nous avons écarté les quatre petites grappes en raison de leur taille et n'avons analysé que la grappe la plus importante.

L'âge moyen des cas dans ces grappes était de 43,5 ans [écart-type (É.-T.) 16,6 ans] comparativement à 53,5 (É.-T. 19,8 ans) parmi les autres cas de tuberculose. Nous n'avons observé aucune différence significative entre les deux groupes dans la distribution selon le sexe ou la proportion de décès. Les données concernant l'utilisation de drogues injectables et la séropositivité à l'égard du VIH manquaient d'uniformité et n'ont donc pu être analysées de façon systématique. Nous avons relevé une différence appréciable entre les deux groupes en ce qui concerne l'origine ethnique après comparaison du nombre d'Autochtones canadiens, de sujets de race blanche, d'origine chinoise et autre. Ce

2007-02701/

Tableau 1
Caractéristiques des patients tuberculeux dans la grappe la plus importante identifiés au moyen d'une analyse des RFLP dans l'étude pilote menée à Vancouver, C.-B.

Cas	Sexe	Âge	Origine ethnique	Facteurs de risque de tuberculose	Date du diagnostic	Issue	Commentaire
1	F	40	Race blanche	Ethanol	4/13/93	guérie	serveuse à l'HC
2	H	46	Autochtone	Autochtone/Éthanol	5/18/93	guéri	vivait près de l'HC
3	F	31	Jamaïquain	aucun connu	7/19/93	décédée : tuberculose	vivait à l'HC, connaissait le patient 5
4	F	41	Autochtone	Autochotone/Utilisateur de drogues injectables/SIDA	9/22/93	décédé : SIDA	vivait dans le quartier de l'HC, connaissait le patient 5
5	H	43	Race blanche	Utilisateur de drogues injectables/Ethanol	12/7/93	guéri	vivait à l'HC, connaissait les patients 3 et 4
6	H	40	Race blanche	VIH	1/21/94	décédé : SIDA	infirmier au service des urgences

H = Homme
F = Femme
HC = Hôtel commun.

phénomène est dû au fait que parmi les 14 sujets identifiés dans les grappes, six étaient des Canadiens d'origine Autochtone.

La grappe la plus importante, et la plus intéressante du point de vue épidémiologique, comprenait six sujets, dont un était un travailleur de la santé infecté par le VIH. La figure 1 donne un aperçu des résultats de l'électrophorèse sur gel pour ce groupe. Les cinq autres sujets avaient eu des contacts vu qu'ils résidaient dans le même hôtel du centre-ville de Vancouver ou à proximité. Les caractéristiques de ces patients sont énumérées au tableau 1. Quatre des sujets ont dit être toxicomanes et un cinquième avait émigré de la Jamaïque. En plus du travailleur de la santé séropositif (patient n° 6), un autre cas était séropositif, soit une Autochtone qui consommait des drogues injectables (patiente n° 4). Le patient n° 6 était un infirmier travaillant au service des urgences de l'hôpital où les patients 1, 3, 4 et 5, ont été traités. Après un examen approfondi des dossiers du service des urgences, nous avons découvert que le patient n° 6 était en fonction le 23 octobre 1993, au moment où le patient n° 5 a été admis au service des urgences. Six semaines plus tard, une tuberculose pulmonaire avec frottis positif a été diagnostiquée chez le patient n° 5. Le 21 janvier 1994, une tuberculose disséminée a été diagnostiquée chez le patient n° 6. Fait intéressant, ce patient a fait une rechute par la suite, étant infecté par un bacille résistant à la rifampicine. Ce bacille était du même type que celui qu'on avait détecté originalement chez le patient au moment de l'analyse des RFLP.

Analyse

Comme cette petite étude pilote le montre, on retrouve des grappes de cas de tuberculose à Vancouver comme dans les études de plus grande envergure qui ont été effectuées dans des centres urbains aux États-Unis.

Bien que les données soient limitées du fait qu'il s'agisse d'une étude pilote, elles font bien ressortir l'important problème éthique entourant l'exposition possible de travailleurs de la santé séropositifs à l'égard du VIH à des sujets atteints d'une tuberculose évolutive. Ces données mettent également en évidence un autre danger : en effet, même si en général, la coinfection par le VIH et le bacille tuberculeux ne représentait pas un problème important au Canada (bien qu'on ait assisté récemment à une variation notable de cette tendance[4]), la présence en milieu communautaire d'un nombre si restreint soit-il de cas de tuberculose non diagnostiqués augmente le risque de transmission du bacille tuberculeux aux travailleurs communautaires et aux patients infectés et non infectés par le VIH.

Cette étude souligne la nécessité d'exercer une surveillance attentive à l'aide de techniques moléculaires et épidémiologiques afin de mieux définir nos mesures actuelles de lutte contre la tuberculose, en particulier dans les populations défavorisées des centres-villes qui courent le risque d'être infectées par le VIH. Elle fait également ressortir l'importance de la prise de mesures de lutte et de surveillance en milieu communautaire[5]. Bien que des lignes directrices pour la prévention des infections dans les établissements aient été élaborées[6], il importe de préciser les niveaux de surveillance auxquels doivent faire l'objet les groupes communautaires, en particulier dans les milieux où l'on retrouve des sujets infectés par le VIH.

Nous espérons que l'étude prospective que nous menons actuellement et qui comporte une évaluation systématique de tous les isolats nous permettra de mieux préciser l'ampleur des grappes de cas au Canada et d'améliorer les programmes de surveillance de la tuberculose qui seront mis en oeuvre.

Figure 1
Aspect électrophorétique de six isolats identiques dans la grappe de cas de Vancouver

Figure non incluse dans cette copie électronique

Références

1. Small PM, Hopewell PC, Singh SP et coll. *The epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population-based study using conventional and molecular methods*. N Engl J Med 1994;330:1710-16.
2. Alland D, Kalkut GE, Moss AR et coll. *Transmission of tuberculosis in New York City: an analysis by DNA fingerprinting and conventional epidemiologic methods*. Ibid:1703-09.
3. FitzGerald JM, Black WA, Kunimoto D. *Evaluation of non HIV-related, drug-sensitive cluster outbreaks of TB with PCR-based DNA fingerprinting*. Can Respir J. Sous presse.
4. Blenkush M, Korzeniewska-Kosela M, Black W et coll. *HIV-related tuberculosis in British Columbia: indications of a rise and change in risk groups*. Am J Respir Crit Care Med 1995;151: Abstract A513.
5. Tabet Sr, Goldbaum GM, Hooton TM et coll. *Restriction length polymorphism analysis detecting a community-based tuberculosis outbreak among persons infected with human immunodeficiency virus infection*. J Infect Dis 1994;169:189-93.
6. Menzies R, Fanning A, Yuan L et coll. *Tuberculosis among health care workers*. N Engl J Med 1995;332:92-8.

Source : *D^r M Blenkush, Respiratory Division, Université de la Colombie- Britannique, Vancouver; D^r D Kunimoto, FRCPC, Division des maladies infectieuses, Université de l'Alberta, Edmonton; W Black, MB, FRCPC, Division of Infectious Tuberculosis Control, B.C. Centre for Disease Control (BCCDC), Vancouver; D^r RK Elwood, FRCPC, et JM FitzGerald, MB, FRCPC, Division of Tuberculosis Control, BCCDC et Respiratory Division, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique).*

SURVEILLANCE NATIONALE DE L'EXPOSITION PROFESSIONNELLE AU VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

Protocole

La Surveillance nationale de l'exposition professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est en cours depuis septembre 1985. La participation à l'étude est volontaire, et tous les travailleurs qui sont exposés dans le cadre de leur travail à une personne infectée par le VIH peuvent y participer, à condition de satisfaire aux critères du protocole. Pour être admis dans l'étude, les travailleurs doivent avoir subi une exposition documentée, par voie parentérale, ou au niveau des muqueuses, ou d'une lésion cutanée, à du sang ou des liquides organiques infectés par le VIH.

On a réalisé l'étude afin de surveiller la survenue d'expositions professionnelles à du sang ou des liquides organiques infectés par le VIH parmi les travailleurs de la santé et de déterminer le risque de contracter l'infection à VIH par suite d'une exposition documentée au virus. Le protocole de surveillance exige que les participants subissent une épreuve sérologique (par la méthode ELISA), qui servira d'épreuve de référence, dans la semaine après l'exposition professionnelle. On prélèvera ensuite un échantillon de sang 6 semaines, puis 12 semaines et enfin 6 mois après l'exposition, ce qui donnera au total 4 échantillons au cours d'une période de 6 mois. Au départ, la période de suivi était de 12 mois, mais elle a été raccourcie étant donné qu'à peu près toutes les séroconversions ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'exposition. Tous les rapports d'incidents, résultats de sérologies et documents connexes sont codés de manière à garantir la confidentialité de l'information, et aucun code d'identification n'est requis.

Les participants ont le choix de faire tester les échantillons au Laboratoire de lutte contre la maladie ou au laboratoire provincial. C'est le service de santé des employés ou le médecin de famille du participant qui a la responsabilité d'enregistrer l'employé et de prélever les échantillons de sang. Les informations sur les antécédents médicaux du participant, le type d'exposition et les précautions utilisées sont soumises à la Division de la recherche

Tableau 1
Surveillance nationale de l'exposition profesionnelle au VIH : expositions selon le groupe professionnel (au 1^er janvier, 1996)

	Infirmier(ère)	Thérapeute/ Technicien(ne)	Étudiant(e)/ Résident(e)	Technicien(ne) de laboratoire	Médecin	Autre	Total
Piqure d'aiguille	281	15	20	26	20	16	**378 (60%)**
Blessure avec un instrument chirurgical	18	0	3	6	3	5	**35** (6%)
Muqueuse	44	6	1	9	4	4	**68** (11%)
Contact cutané							
a) Peau intacte	5	1	0	2	2	4	**14** (2%)
b) *Lésion cutanée	59	5	1	12	4	7	**88** (14%)
c) Inconnu	34	3	0	2	0	4	**43** (7%)
TOTAL	**441 (70%)**	**30 (5%)**	**25 (4%)**	**57 (9%)**	**33 (5%)**	**40 (7%)**	**626** (100%)

* La rubrique 'Contamination de plaie ouverte' qui figurait dans les tableaux antérieurs est maintenant comprise dans 'expositions par contact au niveau d'une lesion cutanée'.

Tableau 2
Surveillance nationale de l'exposition professionnelle au VIH : expositions et port de vêtements protecteurs (au 1er janvier, 1996)

	Gants seulement	Blouse et gants	Gants et masque	Gants, blouse et masque	Gants, blouse, masque et lunettes	Masque et/ou blouse	Aucun vêtement protecteur	Total
Piqûre d'aiguille	190	29	5	16	16	5	117	378 (60%)
Blessure avec un instrument chirurgical	15	2	1	6	3	1	7	35 (6%)
Muqueuse	21	8	4	20	4	0	11	68 (11%)
Contact cutané								
a) Peau intacte	0	0	1	2	0	0	11	14 (2%)
b) *Lésion cutanée	15	4	3	2	2	4	58	88 (14%)
c) Inconnu	3	0	2	1	0	2	35	43 (7%)
TOTAL	244 (38%)	43 (7%)	16 (3%)	47 (8%)	25 (4%)	12 (2%)	239 (38%)	626 (100%)

* La rubrique 'Contamination de plaie ouverte' qui figurait dans les tableaux antérieurs est maintenant comprise dans 'expositions par contact au niveau d'une lésion cutanée'.

sur l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/SIDA et des MTS, LLCM, sur des fiches normalisées de collecte de données.

Résultats

Le tableau 1 présente des données sur le type d'exposition selon le groupe professionnel. Au 1er janvier 1996, on avait dénombré au total 626 cas d'exposition. Ce sont les infirmiers et les infirmières qui ont eu le plus grand nombre d'expositions (441 ou 70 % du nombre total) et les piqûres d'aiguille représentaient le type d'exposition le plus courant (378 ou 60 % du nombre total).

Le tableau 2 présente les types d'expositions en fonction des vêtements protecteurs utilisés par le travailleur. Trente-huit pour cent (239) des travailleurs ne portaient aucun vêtement protecteur lors de l'exposition. Dans 66 % des cas d'exposition au niveau d'une lésion de la peau (58 sur 88), les travailleurs ne portaient ni lunettes ni autres vêtements protecteurs.

Le tableau 3 montre les expositions qui auraient probablement pu être évitées si les précautions universelles avaient été appliquées (223 sur 626 ou 36 % du nombre total). Les 122 expositions par contact cutané auraient pu être évitées si les travailleurs avaient recouvert la région touchée avant le contact infectant. Enfin, la manipulation et l'élimination correctes des aiguilles usagées auraient permis de prévenir 101 cas.

Tableau 3
Surveillance nationale de l'exposition professionnelle au VIH : expositions à du sang ou à des liquides organiques qui auraient pu être évitées (au 1er janvier, 1996)

Description de l'exposition	Nombre de travailleurs	(%)
Recapuchonnage d'une aiguille usagée	57	25%
Elimination incorrecte d'une aiguille usagée	44	20%
*Contact cutané	122	55%
TOTAL	223	100%

* La rubrique 'Contamination de plaie ouverte' qui figurait dans les tableaux antérieurs est maintenant comprise dans 'expositions par contact au niveau d'une lésion cutanée'.

Conclusions

Un grand nombre des expositions signalées auraient pu être évitées si les travailleurs s'étaient conformés aux précautions universelles, et l'on n'insistera jamais trop sur l'importance pour les travailleurs de recevoir une formation adéquate et de respecter les lignes directrices en matière de lutte anti-infectieuse. Il n'y a eu aucun cas de séroconversion parmi les travailleurs qui ont participé au programme de surveillance. Il importe cependant de préciser que l'enregistrement n'a pas été exhaustif, particulièrement au cours des dernières années. Ce phénomène peut être attribuable en partie à la nécessité de remplir des formules nationales, qui diffèrent peut-être de celles qui sont utilisées par l'établissement dont relève le travailleur. On est actuellement à mettre au point un système unique de surveillance qui répondrait à la fois aux exigences locales et aux besoins nationaux.

Source : *L Deschamps, Dr C Archibald, FRCPC, Division de la recherche sur l'épidémiologie du VIH, Bureau du VIH/SIDA et des MTS, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa (Ontario).*

LES PROTOCOLES PROTÈGENT CONTRE L'ACQUISITION DE L'INFECTION À VIH — MAIS ENCORE FAUT-IL LES APPLIQUER

Un incident récent de blessure par piqûre d'aiguille met en lumière la nécessité pour tous les travailleurs de la santé de respecter rigoureusement les précautions universelles, qui réduisent le risque d'exposition professionnelle au VIH. Les objets piquants ou tranchants sont dangereux et présentent un risque pour les patients et le personnel soignant. S'il est vrai que le risque de séroconversion après une blessure par piqûre d'aiguille contenant des liquides organiques contaminés par le VIH est faible, il demeure néanmoins bien réel car on dénombre une séroconversion pour 300 incidents semblables. Ces protocoles ont été établis comme mesures de sécurité afin de réduire au minimum le risque d'infection.

L'incident mettait en cause un travailleur de la santé de la région du *Lower Mainland* de la Colombie-Britannique qui prodiguait des soins à une personne atteinte d'une infection à VIH à un stade avancé. Le sujet ne portait pas de gants et a subi une piqûre peu profonde avec une aiguille de petit calibre (21-25). Il y avait un peu de sang au point de ponction. Il n'a pas demandé de recevoir un traitement antirétroviral contre le VIH parce, selon lui, il s'agissait d'une blessure mineure. Il est possible d'obtenir un traitement prophylactique à la zidovudine (ZDV) dans tous les hôpitaux de la Colombie-Britannique lorsque surviennent de tels incidents, mais pour avoir une efficacité maximale, ce médicament, qui inhibe le VIH, doit être pris dans les heures qui suivent l'exposition.

Deux semaines et demie plus tard, le travailleur de la santé a souffert d'un syndrome rétroviral aigu et il était positif pour le VIH selon les résultats de la PCR et de l'antigénémie p24. L'épreuve de détection des anticorps était négative lors du premier test, quelques heures après l'exposition et, de nouveau, 2 semaines plus tard, ensuite, le résultat est devenu équivoque 5 semaines après l'exposition et finalement, il s'est avéré positif après 7 semaines. Un résultat positif confirmé par une épreuve de détection des anticorps indique que le sujet a été infecté par le VIH. On a dénombré plus de 1000 blessures par piqûre d'aiguille en Colombie- Britannique au cours des 5 dernières années, mais il s'agit du premier cas de séroconversion.

«L'exposition semble négligeable, mais elle met néanmoins en cause le liquide organique d'une personne qui se trouve à un stade avancé de la maladie,» a déclaré le docteur Michael O'Shaughnessy, Directeur du Centre d'excellence pour le VIH/SIDA de la Colombie-Britannique. «Nous savons que ces personnes ainsi que celles qui sont au stade de l'infection aiguë et de la séroconversion possèdent des concentrations très élevées de VIH dans leurs liquides organiques. Nous croyons que le risque d'acquisition professionnelle de l'infection est plus élevé dans le cas de liquides organiques qui contiennent de fortes concentrations du virus.»

Les précautions universelles peuvent être appliquées dans tous les hôpitaux, et les lignes directrices relatives à l'exposition professionnelle sont en voie d'être revues et mises à jour.

Source : *Centre d'excellence pour le VIH/SIDA de la Colombie-Britannique, St. Paul's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique).*

Éditorial

L'article précédent relate le premier cas d'acquisition professionnelle du VIH au Canada pouvant être lié à un incident spécifique.

Deux autres cas déjà signalés au pays ont été attribués à une exposition professionnelle éventuelle; dans les deux cas, il s'agissait de personnel de laboratoire. Le premier cas était celui d'un biochimiste de l'Ontario chez qui l'on a diagnostiqué le SIDA en 1990 et dont le seul facteur de risque était d'avoir travaillé au début des années 1980 avec du sang probablement contaminé par le VIH[1]. Le deuxième cas est survenu chez un membre du personnel d'un laboratoire du Québec qui a reçu un diagnostic d'infection à VIH au début des années 1990 et chez qui le seul facteur de risque était une exposition éventuelle à des cultures virales dans le cadre de travaux de recherche; ce cas est encore sous enquête (Dr R. Remis, Unité de santé publique, Hôpital générale de Montréal : communication personnelle, 1996). Dans les deux cas, la transmission aurait pu se produire en de maintes occasions et il a été impossible de déterminer un incident spécifique qui aurait été à l'origine de l'infection.

Les recommandations pour la prévention de la transmission du VIH aux travailleurs de la santé visent à réduire au minimum le risque d'exposition professionnelle[2]. Les précautions universelles ont été diffusées pour la première fois en 1987 et révisées plusieurs fois depuis[3-6]. Il importe en particulier de manipuler prudemment les aiguilles et les autres objets piquants ou tranchants étant donné que le risque de séroconversion, bien qu'il soit relativement faible (0,3 %)[7], demeure bien réel et dépend des circonstances de l'exposition. Le port de gants pour pratiquer des ponctions veineuses est prévu dans les précautions universelles. Il a été démontré que le matériau qui compose le gant peut réduire de 50 % ou plus le volume d'exposition quand l'aiguille traverse le gant avant d'entrer en contact avec la peau[8]. Le port de gants peut être plus efficace lorsque la blessure est mineure, comme dans le cas de ce malheureux incident survenu en Colombie-Britannique.

Nous ne possédons pas encore suffisamment d'information sur l'efficacité de la zidovudine (ZDV) administrée après l'exposition pour recommander ou déconseiller l'usage de cet antiviral dans le cadre du protocole post-exposition au Canada[9] ou aux États-Unis[10]. La décision de recourir à la ZDV est laissée à la discrétion du patient et du médecin traitant et doit tenir compte des circonstances entourant l'exposition ainsi que de l'efficacité incertaine et les effets secondaires de la ZDV. Si cet antiviral est utilisé, le traitement doit être mis en route le plus tôt possible après l'exposition, de préférence dans les heures qui suivent[10,11]. Un certain nombre de centres qui possèdent une grande expérience dans le domaine de l'exposition professionnelle, par exemple, le *San Francisco General Hospital*, encouragent le recours à la ZDV dans le cas des expositions parentérales massives et définitives de même que pour les expositions probables lorsque le patient source est atteint du SIDA[11,12].

Une étude cas-témoins récente dont les résultats sont présentés de façon sommaire dans le MMWR[13] a mis en lumière trois facteurs associés à la séroconversion dans les cas d'exposition professionnelle au VIH, à savoir : certaines variables liées au

volume de sang injecté (blessure profonde, intervention dans laquelle une aiguille est introduite directement dans une veine ou une artère du patient source, contamination visible de l'objet piquant ou tranchant par le sang du patient); infection à VIH en phase terminale chez le patient source; et non-utilisation du traitement prophylactique à la ZDV après l'exposition. Dans le cas survenu en Colombie-Britannique, le volume de sang injecté n'était pas important, mais le patient source se trouvait à un stade avancé de la maladie et la prophylaxie à la ZDV n'a pas été utilisée. De toute évidence, toute blessure impliquant des patients atteint d'une infection à VIH à un stade avancé doit être prise très au sérieux étant donné la concentration élevée de virus circulant. Bien que les données de cette étude cas-témoins concernant l'efficacité de la ZDV dans le traitement prophylactique des personnes exposées au VIH ne soient pas définitives, elles sont très encourageantes.

La Division de la recherche sur l'épidémiologie du VIH et la Division des infections nosocomiales et professionnelles du Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada ont tenu un atelier conjoint en mars 1996 afin de passer en revue ces informations et d'autres données de manière à déterminer s'il est nécessaire de modifier les recommandations actuelles relatives à la prise en charge des personnes exposées au VIH dans le cadre de leur travail, en particulier en ce qui a trait au recours à la ZDV.

Références

1. Eves L, Gemmill I. *Cas d'infection à VIH ayant pu être transmis en milieu de travail — Ontario*. RTMC 1992;18:102-03.
2. CDC et LLCM. *Recommendations visant à prévenir la transmission du VIH en milieu de soins*. RHMC 1987;13S3:1-11.
3. CDC. *Mise à jour : précautions élémentaires pour prévenir la transmission dans le milieu de soins du virus de l'immunodéficience humaine, du virus de l'hépatite B et d'autres agents pathogènes à diffusion hématogène*. RHMC 1988;14:117-24.
4. LLCM. *Précautions élémentaires : rapport d'une réunion du comité de concertation*. RHMC 1989;15:23-8.
5. LLCM. *Risques de transmission des pathogènes à diffusion hématogène dans les établissements de soins de santé*. RMTC 1992;18:177-84.
6. LLCM. *Guide de prévention des infections transmissibles par le sang dans les établissements de santé et les services publics*. RMTC 1996. Sous presse.
7. Tokars JI, Marcus R, Culver DH et coll. *Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood*. Ann Intern Med 1993;118:913-19.
8. Mast ST, Woolwine JD, Gerberding JL. *Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during simulated needlestick injury*. J Infect Dis 1993;168:1589-92.
9. CDC et LLCM. *Directives sur les conseils à donner aux personnes qui ont subi une exposition professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine et Déclaration du Public Health Service sur la prise en charge des cas d'exposition professionnelle au virus de l'immunodéficience humaine, notamment post-exposition de la zidovudine*. RHMC 1990;16S2:1-12.
10. CDC. *Public Health Service statement on management of occupational exposure to human immunodeficiency virus, including considerations regarding zidovudine postexposure use*. MMWR 1990;39(RR-1):1-14.
11. Ricketts MN, Robillard P, Roy E. *Management of occupational exposure to human immunodeficiency virus*. Pract Allerg Immunol 1995;10:92-8.
12. Gerberding JL. *Management of occupational exposures to blood-borne viruses*. N Engl J Med 1995;332:444-51.
13. CDC. *Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood — France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994*. MMWR 1995;44:929-33.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r^ John Spika (613) 957-4243
D^r^ Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Editique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique — N° de téléphone : (613) 731-9331, poste 2028
Association médicale canadienne — Télécopieur : (613) 731-9102
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à http://hpb1.hwc.ca:8300 ou à l'aide de Gopher, à hpb1.hwc.ca port 7300.